VOL. 35 N.º 2

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

JUNHO DE 1960

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 35 JUNHO DE 1960 N.º 2

Lúpus vulgar angiomatoso

(Estudo de um caso)

Vinicio de Arruda Zamith

É fato constatado por todos os dermatologistas ser a tuberculose cutânea, de modo geral, moléstia de relativa raridade entre nós.

É bem verdade que são encontrados, não infreqüentemente, casos de *tuberculose coliquativa*, de *tubercúlides pápulo-necróticas*, de *eritema indurativo de Bazin*, e mesmo *formas verrucosas*. Contudo, o *lúpus vulgar* é sobremodo raro, sendo assinalado muito poucas vêzes, bem ao contrário do que ocorre em certos países europeus, onde se mostra com grande assiduidade.

De acôrdo com *Guimarães* (15), em trabalho publicado em 1955, haviam sido registrados, até aquela época, apenas 20 casos, em todo o território nacional.

Durante quase 17 anos, nos Serviços de Dermatologia do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo, tive a oportunidade de observar sòmente cêrca de 3 casos. Um dêstes, foi por mim apresentado ao Departamento de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina em 11-1-1958 (42), sob o título de *"Tuberculose cutânea, tipo sarcóide"*.

Como se tratasse de assunto com o qual não estava familiarizado, em virtude da raridade da moléstia entre nós, estudei-o mais profundamente, tendo a oportunidade de revisar grande parte da bibliografia de maior interêsse.

Estou hoje certo de que o caso em aprêço é uma variedade de *"lupus vulgaris"*, portanto uma legítima tuberculose cutânea. A denominação *"tipo sarcóide"*, além de indevida, só traz confusão ao assunto, pois absolutamente não se trata de *sarcoidose doença* e nem de *reação sarcóide*. A lesão estudada mostrava, apenas, leve semelhança clínica e histopatológica com o sarcóide de Boeck.

A atual publicação é plenamente justificada, pois, além de divulgar uma forma de tuberculose cutânea bastante rara em nosso meio, focaliza uma variedade que, segundo cremos, jamais foi descrita neste país.

Dermatologista efetivo do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo (Serviço do Prof. Dr. Humberto Cerruti) e do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (Serviço do Dr. Osvaldo Portugal). Assistente voluntário da Clínica de Alergia da Santa Casa de São Paulo (Serviço do Dr. R. de Araújo Cintra).

Outro aspecto interessante dêste trabalho é a oportunidade da discussão diagnóstica, tanto com certas formas da sarcoidose de Boeck-Shaumann como, também, com algumas entidades nosológicas que podem, em certas ocasiões, assumir aspectos sacóides ou lupóides, destacando-se, entre elas, a leishmaniose, a blastomicose e a lepra, moléstias endêmicas entre nós.

Inicialmente, vamos passar a descrever a observação do caso:

OBSERVAÇÃO

Identificação: I.O., branco, com 28 anos de idade, brasileiro, casado, escriturário, natural de São Paulo, residente em São Paulo. Atendido no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, em 20-11-1957.

História pregressa da moléstia atual: o paciente, segundo contou, em julho de 1957, notou uma "pequena mancha vermelha" na face externa do pavilhão da orelha direita, nas proximidades do lóbulo. Foi ela aumentando lentamente de volume, até se constituir em "pequeno carocinho" bem vermelho. Como essa lesão não o incomodasse, sòmente nos procurou, para tratamento, em fins de novembro dêste mesmo ano.

Antecedentes pessoais e familiares: nada há de importante a assinalar.

Exame físico geral e especial: trata-se de paciente de aspecto sadio e de constituição física bastante robusta. O exame dos diversos órgãos e dos aparelhos nada mostrou de interêsse. Deve ser assinalada a ausência de enfartamentos ganglionares.

Exame dermatológico: na face anterior do pavilhão da orelha direita, na parte inferior da hélix, junto ao lóbulo, notamos uma pequena tumoração arredondada, bem saliente em relação aos planos vizinhos, de côr vermelha escura, de contornos bem regulares e de limites nítidos (fig. 1).

Mede 13 milímetros de diâmetro e 5 de altura. Tem as dimensões e o formato de uma meia ervilha.

Sua superfície é recoberta por uma epiderme bastante delicada e fina, não mostra nenhuma ulceração, é ligeiramente enrugada, notando-se algumas telangiectasias (fig. 2).

Pela palpação digital, sente-se uma consistência mole, tal como se estivéssemos palpando um angioma.

Pela vitro-pressão, grande parte do eritema desaparece, tornando-se a lesão esbranquiçada.

Pela palpação cuidadosa, não percebemos nenhum enfartamento ganglionar das regiões vizinhas.

Trata-se de uma lesão única, pois o exame atento de tôda a pele e de seus anexos nada mostrou de importante.

Exames de laboratório e complementares:

1) o exame microscópico do material, obtido pela raspagem, foi negativo para *Paracoccidioides;*

2) o exame dêstes esfregaços, corados pelo Leishmann, foram negativos para *leishmânias;*

3) reações sorológicas para o diagnóstico da sífilis: negativas;

4) reação de Montenegro: negativa;

5) reação de Mantoux a 1:1.000: positiva ++++;

6) exame radiológico do tórax: nada há a assinalar; e

7) inoculação em cobaia: em 20-11-57, retiramos um fragmento da lesão: uma parte, reservamos para histopatologia; e, a outra, trituramos com solução fisiológica e inoculamos 2 cc. na coxa direita de duas cobaias. Em 4 e 16 de janeiro foram sacrificadas tais cobaias. Ambas, ao exame necroscópico, mostravam grande tumorações nas regiões ingüinais do lado direito, com amplo processo supurativo.

Do material destas lesões supurativas foram feitos esfregaços, que, corados pelo método de *Ziehl-Neelsen*, revelaram grande número de bacilos álcool-ácidos ao exame microscópico.

8) *exame histopatológico*: tôda a documentação de histopatologia foi feita nos Serviços de Anatomia Patológica da Santa Casa (Dr. W. E. Maffei) e do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (Dr. A. G. Brandi).

Do estudo de vários cortes, corados pela hematoxilina-eosina, pudemos, em resumo, concluir o seguinte:

Derma: quase todo êle é ocupado por um intenso infiltrado inflamatório, constituído, principalmente, por células linfocitárias, e, em menor quantidade, por células histiocitárias (epitelióides) e alguns gigantócitos (fig. 3).

Em alguns campos, os linfócitos predominam, tornando-se aí mais denso o infiltrado; em outros pontos, entre êles, há numerosas células histiocitárias. Em um ou outro local, as células epitelióides assumem arranjo granulomatoso em tôrno de células gigantes; estas mostram as características próprias das células de Langhans (fig. 4).

Em um ou outro campo há desaparecimento quase completo dos elementos celulares, substituído por uma massa finamente granulosa, de côr róseo claro (necrose fibrinóide).

Êste infiltrado inflamatório ocupa todo o derma, entrando, em sua parte superior, em íntimo contato com a epiderme.

No derma superior o infiltrado mostra-se menos denso, havendo formação de espaços entre as células. Nesta mesma parte é digna de nota a presença de inúmeros capilares sangüíneos, alguns com ampla luz, outros pequenos, dispostos em grupos (fig. 5) e revestidos por uma simples camada de endotélio. Têm êstes capilares as características próprias dos vasos neoformados.

O tecido colágeno está substituído por esta reação inflamatória.

Epiderme: percorrendo-se esta camada em tôda a sua extensão, nota-se que há uma leve *hiperceratose* e, em certos campos, uma nítida *atrofia*, sobretudo nos locais onde o infiltrado do derma se mostra mais intenso.

Há, de modo geral, diminuição ou mesmo desaparecimento dos prolongamentos interpapilares, principalmente nas zonas de atrofia. Aí o corpo mucoso se mostra reduzido a poucas fileiras de células.

Notamos que há, também, alterações citológicas naquelas regiões de atrofia. Aí, as células do corpo mucoso apresentam seus núcleos picnóticos, com o citoplasma vacuolizado separadas entre si. Há, também, certa desorganização da camada basal.

Tratamento e evolução: estabelecido o diagnóstico, iniciamos, imediatamente, a terapêutica específica, empregando a di-hidroestreptomicina na dose de 1 grama por dia, conjugada à hidrazida do ácido isonicotínico na dose de 200 mg. diários. A primeira medicação foi dada em séries até a quantidade de 15 gramas e, a segunda, ininterruptamente.

Infelizmente, o paciente mostrou-se relapso ao tratamento, pois desaparecia tão logo obtinha pequena melhora. Por êsse motivo, e também pela resistência peculiar da lesão à terapêutica específica, constatamos, dois anos após, que a afecção muito pouco regredira (fig. 6).

COMENTÁRIOS

O exame dermatológico do caso, em virtude das características morfológicas da lesão, isto é, sua forma nodular, sua coloração vermelho escura, sua situação, etc., sugeriu, de pronto, ao examinador, uma afecção *sarcóide ou lupóide*.

Para esclarecer, em definitivo, a exata natureza da moléstia, deveríamos, antes de tudo, afastar certas doenças, de caráter endêmico entre nós, e que podem fortuitamente assumir aquêles aspectos.

Inicialmente, teríamos que excluir a *leishmaniose tegumentar americana*, pois, como é do conhecimento de todos, esta moléstia, tão polimorfa em suas manifestações cutâneas, pode apresentar-se, em certas ocasiões, sob a forma de *nódulos dérmicos* e mesmo de *placas* não ulceradas, semelhantes a certos aspectos do *sarcóide de Boeck-Shaumann* e do próprio *lúpus vulgar*.

No nosso país, estas variedades da leishmaniose tegumentar foram descritas com primazia por *Madeira*, em 1940 (19). Posterior-

mente, *Prats, Portugal, e Rutowitsch* (24) estudam uma "forma micro-nodular lupóide"; *Rabelo, Portugal, Serra* e *Rocha* (23), estudando as formas clínicas e alergia específica, citam estas possibilidades; e *Flaviano Silva*, na I Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, apresenta um raro caso com nódulos dérmicos na face e nas orelhas, além de placas dérmicas infiltradas não ulceradas e fortemente pigmentadas nos membros (37).

Aguiar Pupo, em 1946, em sua monografia sôbre o "estudo clínico da leishmaniose tegumentar americana" (25), descreve, minuciosamente, dentre as formas cutâneas primitivas, aquelas lesões do tipo nodular, simulando o lúpus vulgar ou os sarcóides, tanto clínica como até mesmo pela sua estrutura tuberculóide ou sarcóide.

Nós mesmo, em colaboração com *E. Menezes*, tivemos a oportunidade de apresentar ao Departamento de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina (41) um interessante caso de leishmaniose de localização exclusiva no pavilhão da orelha direita, com 8 anos de evolução e cuja morfologia sugeria fortemente o sarcóide de Boeck-Shaumann ou ainda mais o lúpus vulgar de tipo mixedematoso (fig. 7).

Tais variedades clínicas da leishmaniose já haviam sido descritas no estrangeiro por diversos autores, tais como *Higoumenakis* (17), *Ravaut* (33), *Gougerot* e *Delort* (12), etc.

Tendo em vista a negatividade da *reação de Montenegro*, a inexistência de leishmânias em esfregaços da lesão e outros elementos, tais como a procedência do paciente, esta possibilidade diagnóstica foi definitivamente afastada, no caso objeto dêste trabalho.

Em seguida, outro diagnóstico a considerar seria o da *blastomicose sulamericana*, pois é fato conhecido que esta micose profunda pode, em raras ocasiões, assumir formas nodulares dérmicas semelhantes ao sarcóide de Boeck ou ao lúpus vulgar. Contudo, esta moléstia foi excluída pela negatividade, quer dos exames diretos, quer dos cortes histopatológicos, ao achado do *Paracoccidioides*.

As reações sorológicas para o diagnóstico da sífilis, sendo negativas, afastaram a possibilidade de nos encontrarmos diante de uma *sifílide lupóide tardia*.

Constituindo a lepra, entre nós, uma de nossas grandes endemias e sabendo que ela pode assumir, não raramente, aspectos sarcóides, tanto clínica quanto histopatològicamente, tivemos em nosso caso particular que afastar esta possibilidade solitária, e a inexistência completa de outros sintomas, tais como nevrites periféricas, zonas de anestesia, etc., excluiu definitivamente esta hipótese.

Finalmente, poderíamos estar diante de uma lesão cutânea da *própria doença de Boeck-Shaumann*, isto é, da *sarcoidose*.

De fato, como é amplamente sabido, esta afecção pode mostrar, além de outros sintomas, manifestações cutâneas, aliás primeiramente conhecidas e descritas.

Boeck (6) classificou estas lesões cutâneas em três grandes grupos:

1) sarcóides de pequenos nódulos;
2) sarcóides de grandes nódulos, estando incluído aqui o ângiolupóide de Brocq-Pautrier; e
3) sarcóides difusos infiltrantes do tipo do lúpus pérnio.

Fig. 1 — Aspecto da lesão ao exame inicial; mostra-se ligeiramente ulcerada em virtude da biópsia.

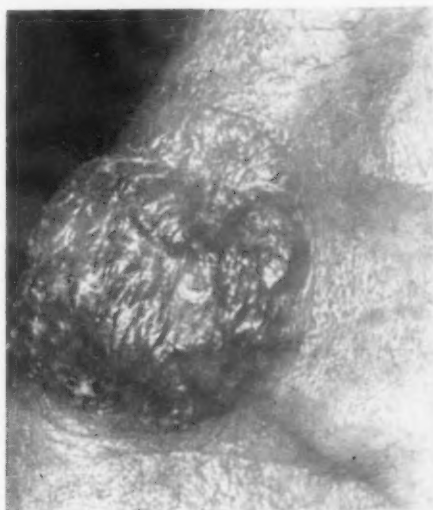



Fig. 2 — A lesão em fotografia ampliada

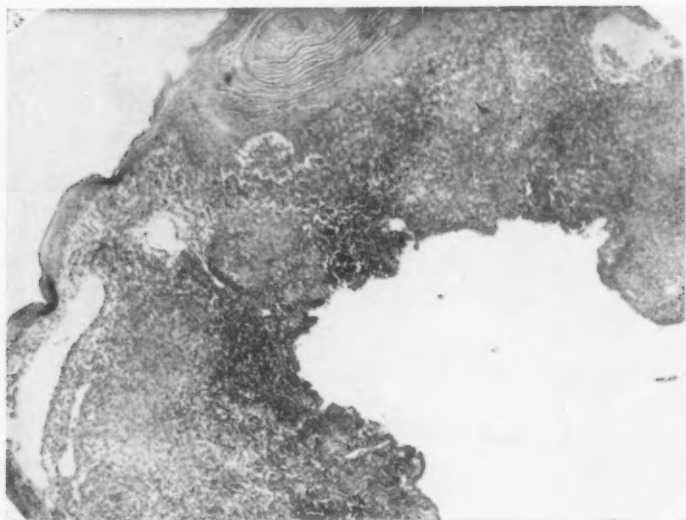



Fig. 3 — Corte da lesão, mostrando o denso infiltrado inflamatório, que ocupa todo o derma. Coloração H.E. 52 X

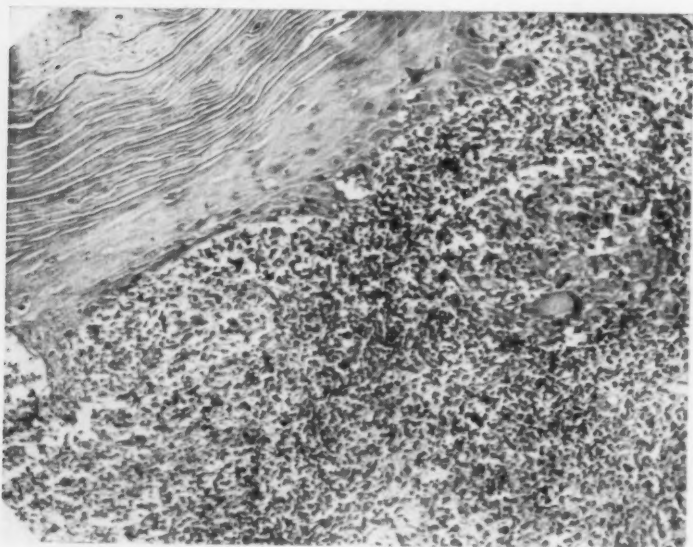



Fig. 4 — Detalhe mostrando um granuloma e constituído por células epitelióides rodeando um gigantócito e envolvidas pelo infiltrado linfocitário. Coloração H.E. 150 X.

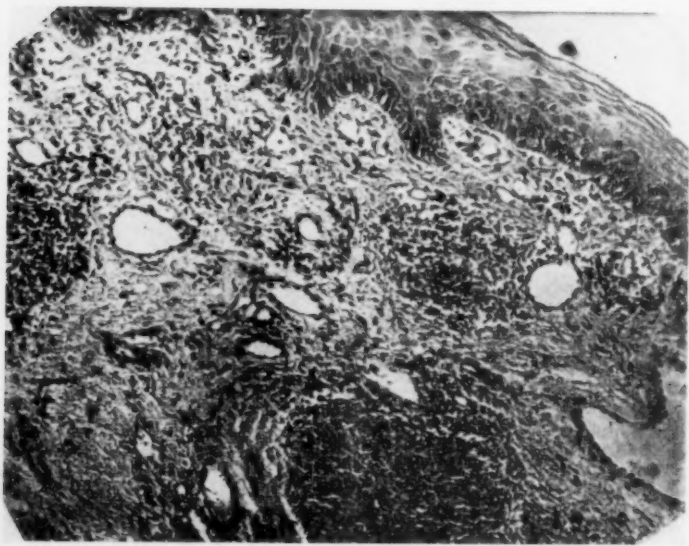



Fig. 5 — Detalhe evidenciando inúmeros capilares neoformados, situados logo abaixo da epiderme. Coloração H.E. 330 X.

Fig. 6 — Aspecto da lesão após dois anos de irregular tratamento específico.

Fig. 7 — Leishmaniose simulando lúpus vulgar mixedematoso. Caso de V. Arruda Zamith e E. Freitas Menezes.

Duperrat (10) admite que a moléstia de Boeck-Shaumann apresenta, sob o ponto de vista cutâneo, quatro aspectos diferentes:

1) placas — lúpus pérnio;
2) sarcóides de pequenos nódulos;
3) sarcóides de grandes nódulos; e
4) ângio-lupóide.

Shaumann (36) exigia, para o diagnóstico da sarcoidose, especialmente a tríade: lesões cutâneas, lesões ganglionares e lesões ósseas. Entretanto, é admitido, de modo geral, que, em certas circunstâncias, podem existir sòmente lesões cutâneas.

Considerando as características morfológicas, poderia a lesão em estudo ser incluída no grupo das lesões cutâneas da moléstia de Boeck-Shaumann e nêle ser classificada como um sarcoide de grande nódulo ou como um *ângio-lupóide* de insólita localização.

Os sarcóides de grandes nódulos são descritos como elementos de forma hemisférica, fazendo saliência acima do tegumento cutâneo, de dimensões de 5 a 20 milímetros de diâmetro, de superfície lisa, com finas telangiectasias, de côr vermelha, por vêzes violácea. São, em geral, pouco numerosos, tendo a face por sede de predileção.

O ângio-lupóide, descrito por *Brocq-Pautrier* (7), em 1913, compreende elementos nodulares, com 1 a 2 cm. de diâmetro, de forma arredondada ou ovalada. Sua localização predileta é a face, especialmente a face lateral do nariz. Atinge, sobretudo, mulheres de meia idade.

A descrição original de Brocq e Pautrier é a seguinte: "elementos sob a forma de nodosidades, salientes, arredondados ou ovala-

res, de contornos bastantes nítidos, de côr vermelha violácea, etc. Sob a vitro-pressão o eritema desaparece quase completamente e a coloração amarela predomina. Sua superfície é recoberta por uma epiderme lisa, sem escamas e atrofia cicatricial. Ao toque sente-se uma sensação especial de infiltração, mas de infiltração mole, pastosa".

Em seu trabalho inicial, Brocq-Pautrier estudaram seis casos, todos em mulheres de meia idade. Foi proposto o nome de *ângio-lupóide*, em virtude de seu elemento telangiectásico e por causa de suas afinidades com o *lupus vulgaris*.

Foi êste ângio-lupóide incluído no grupo das tuberculoses cutâneas atípicas. É digno de nota que, dos seis casos inicialmente estudados, sòmente foram feitas histopatologia e inoculação em cobaia exclusivamente em um.

Em 1936, Pautrier (23), inexplicàvelmente para nós, colocou esta afecção no grupo dos sarcóides.

De 1913 para cá surgiram algumas publicações raras sôbre êste tema. Entretanto, em sua quase totalidade, são trabalhos incompletos (11, 5, 21), sem histopatologia e sem inoculação em cobaia.

Dos mais recentes é o caso mostrado por *Hall* (16) e rotulado como ângio-lupóide do lábio superior; na discussão, Obermayer discordou, afirmando tratar-se de um *lupus vulgaris*.

Auckland (2), da mesma forma, há bem pouco tempo, estudou dois casos, porém, sem prova da inoculação em cobaia e considerando-os como fazendo parte do grupo sarcóide.

Após o estudo dêstes trabalhos, temos a opinião particular de que, se fôsse feita uma revisão cuidadosa de todos êles, com inoculações e histopatologia sistemáticas, provàvelmente teria esta entidade que ser enquadrada no *lupus vulgaris*.

Está firmemente estabelecido que uma das condições essenciais para o diagnóstico da *sarcoidose doença* é a preliminar exclusão dos processos mórbidos que podem fortuitamente assumir êstes aspectos, quer clínicos, quer histopatológicos.

Como muito bem disse Danbolt, citado em aula do Prof. Quiroga (26), "o diagnóstico de sarcóide deve ser feito com tôda a cautela, pois é necessário distinguir a *sarcoidose doença* (moléstia de Boeck-Shaumann) do *sarcóide sintoma*, no qual está presente apenas a estrutura sarcóidica (nódulos de células epitelióides, com pouca ou nenhuma célula gigante); ora, esta pode ser produzida por diversas causas: microbianas, micóticas, corpos inanimados, etc.".

O próprio bacilo tuberculoso pode determinar, no tecido, uma reação sarcóide. Neste caso, porém, a doença é a tuberculose, nada tendo que ver com a sarcoidose.

No caso em estudo, os exames de laboratório e complementares mostraram os seguintes elementos de especial valor:

1) teste tuberculínico — fortemente positivo;
2) demonstração de bacilos tuberculosos no tecido, pela prova da inoculação em cobaia; e
3) quadro histopatológico mostrando um compacto infiltrado do derma e não formado por ilhas, tal como se dá, em geral na sarcoidose.

Sobretudo o item 2 é fortemente convincente. Diante dêle nao se pode falar ou pensar em sarcoidose, mas, sim, em tuberculose cutânea.

Seguindo êste mesmo raciocínio, o caso de Edson de Almeida (1), rotulado como sarcoidose de Boeck-Shaumann, e no qual foi comprovado o bacilo de Koch em semeadura do triturado de gânglio, deve ser considerado também como legítima forma de turberculose cutânea.

Da mesma forma, todos os casos, nos quais houver comprovação do bacilo de Koch, devem ser excluídos da sarcoidose e considerados como tuberculose.

Firmado o diagnóstico de *"uma forma de tuberculose cutânea"*, baseado em suas características clínicas e histopatológicas, a classificamos no grupo *lupus vulgaris*. Dentro dêste grupo a consideramos como do tipo *"non exedens"*, isto é, não ulcerada.

Éste grupo *"non exedens"* apresenta algumas variedades, das quais as mais importantes são as seguintes:

1) *Lupus tumidus*: constituído por uma placa elevada, espessa, quase homogênea. Infiltra profundamente o derma. Tem aspecto amarelado. Trata-se de uma forma tórpida, sem grande tendência à extensão e que jamais se ulcera. Pode subsistir 10 ou mais anos sem modificações (23, 32).

2) *Lupus mixedematoso* (também chamado turgecente de Ramel ou edematoso de Pautrier): aqui ha uma saliência mais notável sôbre a pele, a ponto de atingir as dimensões de uma ervilha ou de uma cereja. Há, além disso, uma consistência particular, mole, gelatiniforme, e sua superfície é percorrida por finas arborizações vasculares. Éste tipo de lúpus se observa freqüentemente ao nível do lóbulo da orelha, onde pode formar um volumoso brinco (Pautrier).

3) *Lupus angiomatoso*: descrito por Besnier (4), é constituido por placas de lúpus vulgar, caracterizadas por sua vascularização abundantemente desenvolvida à custa do plexo papilar e localizadas de preferência sôbre as bochechas e faces laterais do mento.

Consideramos o nosso caso dentro dêste grupo "non exedens" e como angiomatoso de Besnier, tanto pelo seu aspecto clínico, semelhante a um angioma, como também pela grande quantidade de capilares neoformados do derma superior, evidenciados pelos cortes histopatológicos (fig. 5).

RESUMO

Há cêrca de dois anos, o autor apresentou ao Departamento de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina um caso de *tuberculose cutânea*, chamando-o "de tipo sarcóide", em virtude de sua semelhança morfológica com o sarcóide de Boeck.

Agora, após estudar mais detidamente o assunto, considera-o como legítima forma de *lúpus vulgar*, variedade esta de tuberculose cutânea bastante rara em nosso país.

Estabelece o diagnóstico diferencial com certas afecções endêmicas entre nós, dentre as quais a leishmaniose tegumentar americana e a blastomicose, que podem ocasionalmente assumir características sarcóides ou lupóides.

Afasta o próprio sarcóide de Boeck-Shaumann, quer em sua variedade de grandes nódulos, quer o ângio-lupóide de Brocq-Pautrier, pois considera inexato falar em sarcóide quando a etiologia tuberculosa foi demonstrada.

Dentro do grupo "non exedens" do lúpus vulgar, ao qual o caso pertence, a variedade "angiomatosa de Besnier" é a que mais se adapta à forma estudada, em virtude de seu aspecto clínico semelhante a um angioma e pelo grande número de capilares neoformados, constatados ao exame histopatológico.

Após dois anos de tratamento, a lesão pouco melhorou, em parte pelo desleixo do paciente e em parte pela resistência desta forma à terapêutica específica.

SUMMARY

Two years ago the Author presented to Departament of Dermatology of "Associação Paulista de Medicina", a case of tubersulosis of skin, named "type sarcoid", because of its morfologic appearance with the sarcoid of Boeck.

Now, after more careful study of the theme, the Author regards the case as an authentic form of "*lupus vulgaris*", a variety of cutaneous tuberculosis very rare in our country.

States too, the differential diagnostic with some endemic affections among us, like the american leishmaniasis and the south-american blastomycosis, that ocasionally assume characteristics sarcoids or lupoids.

Removes too, the own Boeck-Shaumann's sarcoids, in the variety of nodes or in the form angio-lupoid of Brocq-Pautrier, because the Author thinks be erroneous to speak in sarcoid when the tuberculosis etiology is demonstrated.

Inside of the group "non exedens" of lupus vulgaris which our case belongs, the variety "*angiomatoso*" of Besnier, is the more adapted form, because its clinic aspect "likes angioma" and because the number of capillaries neoformed.

After two years of treatment, the lesion few improved, because of the neglicence of the patient and the resistence of this form of tuberculosis to therapeutic.

CITAÇÕES

1 — Almeida, E.A.: Sarcoidose de Boeck-Shaumann. An. brasil. de dermat. e sif., 29:169,1954.

2 — Auckland, G: Angiolupoid of Brocq-Pautrier. Brit. J. Dermat., 62:78-82,1950.

3 — Azulay, R.D., e Azulay, J.D.: Caso de lúpus vulgar. An. brasil. de dermat. e sif., 30:46,1955.

4 — Besnier, E. (citado por Pautrier, L. M. — 23): Nouvelle Pratique Dermatologique, tomo III, pág. 530, Masson et Cie. Ed., Paris, 1936.

5 — Bicudo Jr., J.F.: Um caso de lupóide cutâneo de Boeck: forma em placa. Rev. da Ass. Paul. de Med., 8:270,1936.

6 — Boeck, C. (citado por Pautrier, L.M.-23). Nouvelle Pratique Dermatologique, tomo III, pág. 695. Masson et Cie. Ed., Paris, 1936.

7 — Brocq, L., e Pautrier, L.M.: L'angio lupoide. Ann. de dermat. et syph., 4:1-16,1913.

8 — D'Andrea, C., e Maffei, W.E.: Sarcoidose gástrica. Estudo anátomo-clínico de um caso. Arq. Hosp. Santa Casa de S. Paulo, 2:264-276,1956.

9 — Desaux, A., e Boutelier, A.: Manual Pratique de Dermatologie. Masson et Cie. Ed., 1.ª ed., 612, 1932.

10 — Duperrat, B.: Tuberculose cutanée. Encyclopedie Médico Chirurgicale, pág. 12.037, A. 30, 1954.

11 — Freund, H.: Uber das sogenannte Angio-lupoid (Brocq-Pautrier). VIII Congrés International de Dermat. et de Syph. Copenhague, 1930, pág. 758-762.

12 — Gougerot, H., e Delort, J.: citado por Prats, F., e col. (24).

13 — Graciansky, P., e Boulle, S.: Atlas de Dermatologie, fasc. XVIII (Cinquième série). Librairie Maloine S.A., Paris, 1959.

14 — Grieco, V.: Sarcoide hipodérmico de Darier-Roussy. Rev. da Ass. Paul. de Med., 9:282-288,1936.

15 — Guimarães, N.A.: Lúpus vulgar na Bahia. An. brasil. de derm. e sif., 30:243,1955.

16 — Hall, F.: Angiolupoid of Brocq and Pautrier. Arch. dermat. & syph., 54:371-372,1946.

17 — Higoumenakis, G.: Le bouton d'Orient (Leishmaniose cutanée). Masson et Cie. Ed., 1930, Paris.

18 — Lopez, A.A.: Tratamento do lúpus tuberculoso pelo calciferol associado à estreptomicina. An. brasil. de dermat. e sif., 24:196,1949.

19 — Madeira, J.A.: Um caso de leishmaniose tegumentar americana de aspecto lupóide e estrutura sarcoídica. Arq. de permat. e sif. de S. Paulo, 4:69-71,1940.

20 — Medeiros, C.M.: Lúpus tuberculoso. An. brasil. de derm. e sif., 21:322,1946.

21 — Mota, J.: Caso provável de moléstia de Boeck-Shaumann, com lesão tuberosa solitária no pavilhão da orelha. An. brasil. de derm. e sif., 25:244, 1950.

22 — Niemeyer, A.: Sarcóide de Boeck. An. brasil. de derm. e sif., 21:344, 1946.

23 — Pautrier, L.M.: Nouvelle Pratique Dermatologique, Masson et Cie, Ed., tomo III, Paris, 1936.

24 — Prats, F., Portugal, H., e Rutowitsch, M.: Leishmaniose tegumentar: forma nodular dérmica de tipo micro-nodular lupóide. An. brasil. de dermat. e sif., 18:143,1943.

25 — Pupo, J.A.: Estudo clínico da leishmaniose tegumentar americana. Rev. Hosp. Clín., 1:113-164,1946.

26 — Quiroga, M.I.: Sarcoidosis. Enfermedad de Besneier-Boeck-Shaumann. Información dermatológica, 13:14-16,1959.

27 — Rabelo, F.E., e Costa, E.D.: Apresentação de um caso de ângio-lupóide. An. brasil. de dermat. e sif., 20:368,1945.

28 — Rabelo, F.E., Portugal, H., Serra, O. e Rocha G.L.: Leishmaniose tegumentar: formas clínicas, alergia específica, estrutura histológica e número de germes. Anais da I Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, 37-71,1945. de dermat. e sif., 21:335,1946.

29 — Rabelo, F.E.: Observações sôbre a etiologia dos sarcóides. An. brasil. de derm. e sif., 21:335,1946.

30 — Rabelo, F.E.: Sarcóide de Boeck-Shaumann (tese de habilitação para docência-livre de Clínica Dermatológica e Sililográfica da Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hannemaniano), Rio de Janeiro, 1939.

31 — Rabelo, F.E., Portugal, H., Costa, E.D., e Rocha, G.L.: Síndrome de Boeck-Shaumann. An. brasil. de dermat. e sif., 18:47,1943.

32 — Ramel, E.: Traité de Dermatologie, tomo I, fasc. II, G. Doin et Cie., Paris, 1935.

33 — Ravaut, P.: citado por Prats, F., e col. (24).

34 — Rutowitsch, M., e Coelho, B.: Sarcoidose (Boeck-Shaumann). An. brasil. de dermat. e sif., 26:47,1951.

35 — Serra, O., e Souza, A.: Sarcoidose de Boeck-Shaumann. An. brasil. de dermat. e sif., 26:49,1951.

36 — Shaumann, J.: Lymphogranulomatosis benign in the light of prolonged clinical observations and autopsy findings. Brit. J. Dermat., 48:399-408,1936.

37 — Silva, F.: Forma raríssima de leishmaniose tegumentar: leishmaniose dérmica não ulcerada em nódulos e extensas placas infiltradas e hiperpigmentadas. Anais da I Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, 1945, pág. 97-103.

38 — Silva, J.R.: Lúpus tuberculoso curado pelo Charpy-Fanielle. An. brasil. de dermat. e sif., 24:177,1949.

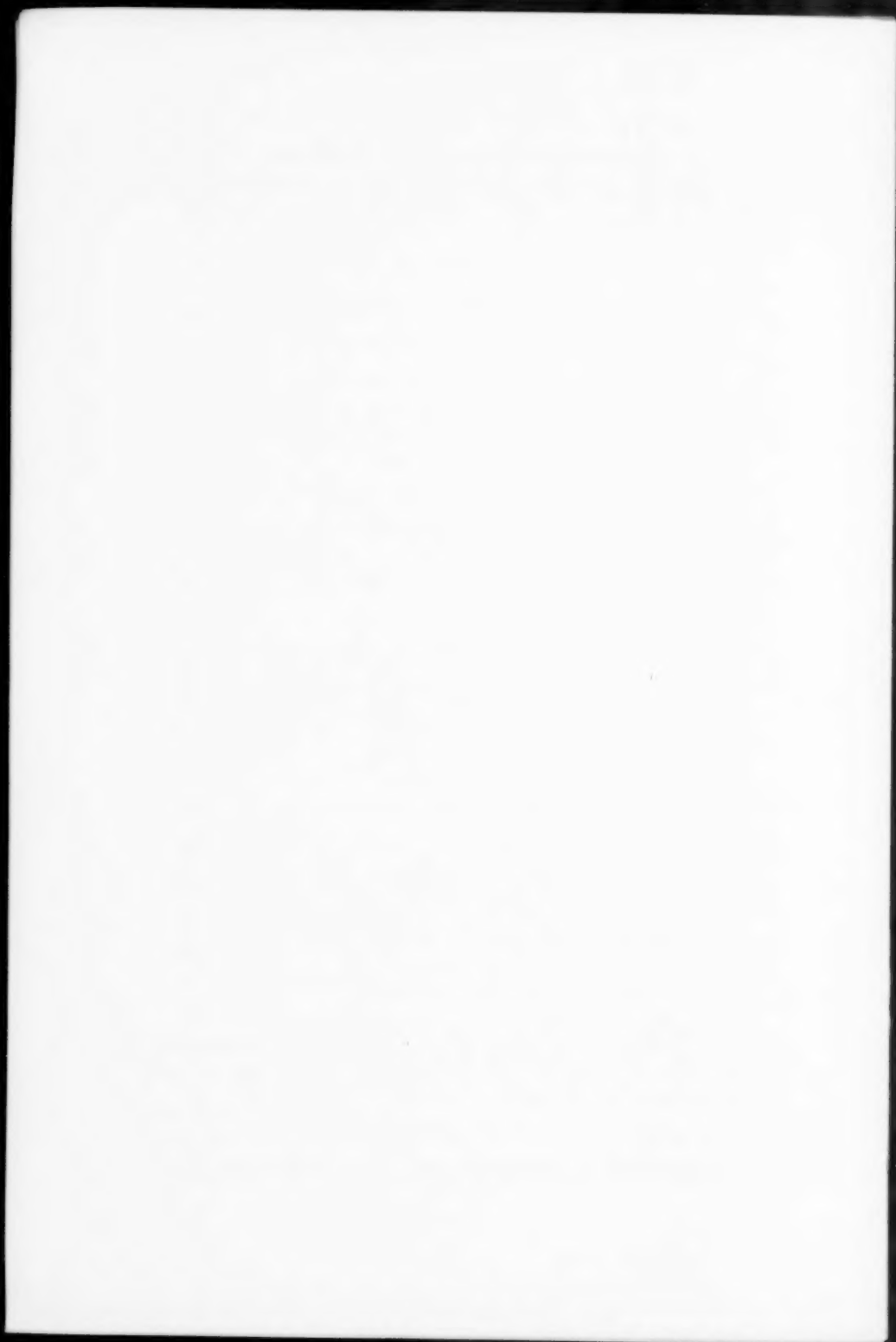
39 — Silva, J.R.: Estudos sôbre tuberculose cutânea. V — Lúpus tuberculoso da face. Hospital, Rio de Janeiro, 21:569-576,1937.

40 — Sutton, R.L.: Diseases of the skin, 11.ª Ed., The Mosby Comp., St. Louis, pág. 349, 1956.

41 — Zamith, V.A., e Menezes, E.F.: Caso pró-diagnose: lesões do pavilhão da orelha de tipo sarcóide. Rev. paulista de med., 54:55,1959.

42 — Zamith, V.A.: Tuberculose cutânea de tipo sarcóide. Considerações sôbre um caso. Rev. paulista de med., 52:391,1958.

43 — Sulzberger, M.B.: A case for diagnosis (Angio-lupoid?). Arch. dermat. and syph., 36:1116-1117,1937.

Endarêço do autor: rua Conselheiro Crispiniano, 20 - 7.º (São Paulo)

Fluorescência do eritrasma sob a luz de Wood

Antar Padilha Gonçalves

Tendo presente a noção clássica de que as lesões de eritrasma não apresentavam fluorescência quando examinadas sob a luz de Wood, admirei-me quando, pela primeira vez, notei, em tais condições, casos dessa micose revelarem uma fluorescência vermelha viva. Justificava meu espanto o fato dos livros e trabalhos sôbre micologia e dermatologia negarem que o eritrasma fôsse fluorescente à luz de Wood. Por fim, fazendo rigorosa revisão bibliográfica do assunto, verifiquei que Gougerot e Duché (1), em 1941, haviam publicado um artigo mencionando êsse achado, trabalho em que são citados Gougerot, Giraudeau e Patte como os primeiros a verificarem a fluorescência vermelha do eritrasma. Em 1952, Michaelides e Shatin (2) confirmam as observações dos autores citados. Lewis, Hopper, Wilson e Plunkett (3), na edição de 1958, de sua micologia médica, referem êsses achados, citando Michaelides e Shatin, e corrigindo, assim, o que se lia na edição de 1939 do mesmo livro (4), só de autoria de Lewis e Hopper, com relação à inexistência de fluorescência no eritrasma.

Nos casos de eritrasma, que venho atendendo desde certo tempo para cá, tenho notado, quasi constantemente, a presença de bela fluorescência, de um tom vermelho vivo, nas lesões, quando examinadas com o auxílio da luz de Wood, tendo êste fato servido mais de uma vez para me orientar na trilha do diagnóstico certo em mais de um caso duvidoso. Como exemplo, cito um paciente, com uma placa liquenificada pruriginosa em cada face interna da raiz das coxas, parecendo tratar-se de neurodermite, e que, revelando fluorescência vermelha à luz de Wood, induziu-me a um exame microscópico das escamas, onde foi demonstrada a presença de elementos típicos da Nocárdia minutíssima. Outro exemplo instrutivo

---

Trabalho do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Diretor e Catedrático: Prof. J. Ramos e Silva), apresentado na sessão de 27 de julho de 1960 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Assistente de ambos os Serviços e Assistente-Responsável pelo Setor de Pesquisas do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

foi o de uma paciente com manifestações muito extensas, não intertriginosas, de eritrasma observada por mim e Mangeon (5), na qual as hipóteses iniciais de pitiríase versicolor ou eczematide foram afastadas em face da fluorescência vermelha revelada pela luz de Wood, tendo o diagnóstico final sido confirmado pelo encontro da Nocárdia minutíssima nas lesões.

Não é, todavia, constante a fluorescência das lesões de eritrasma, podendo ela faltar em alguns casos, segundo tenho constatado em concordância com idêntica afirmação de Michaelides e Shatin (2). Há, portanto, casos comprovados microscòpicamente desta micose em que pode estar ausente a fluorescência.

Tanto a fluorescência vermelha pode ser vista em tôda a extensão das lesões como pode aparecer apenas em certas zonas das mesmas. De acôrdo com a minha experiência, quando isto acontece, geralmente a fluorescência se limita, na maioria das vêzes, aos bordos ou a trechos dos mesmos. Menos freqüentmente surge em placas pequenas ou em pontilhado no interior ou nos bordos da área atingida.

Não só as manifestações intertriginosas, mas também as situadas em qualquer ponto da superfície cutânea, podem ser fluorescentes.

Degrez, citado por Gougerot e Duché (1), demonstrou que essa fluorescência vermelha é devida a uma porfirina, porém a pequena quantidade que é possível ser extraída das escamas não possibilitou a determinação de qual a espécie de porfirina.

A presença da fluorescência vermelha no eritrasma é um elemento de utilidade no diagnóstico diferencial da doença e deve ser sempre pesquisada, especialmente nos casos duvidosos, tendo-se, porém, em mente que ela pode não se apresentar mesmo em lesões comprovadas dessa micose.

RESUMO

As lesões de eritrasma apresentam constantemente uma fluorescência de tonalidade vermelha viva que constitui elemento de valia para auxiliar o diagnóstico da micose. Em raros casos, entretanto, pode faltar a fluorescência. Quando presente, ela se mostra em tôda a extensão da lesão ou se limita aos bordos em faixa contínua ou descontínua, ou ainda a áreas ou pontos arredondados Segundo Degrez, ela é devida a uma porfirina.

SUMMARY

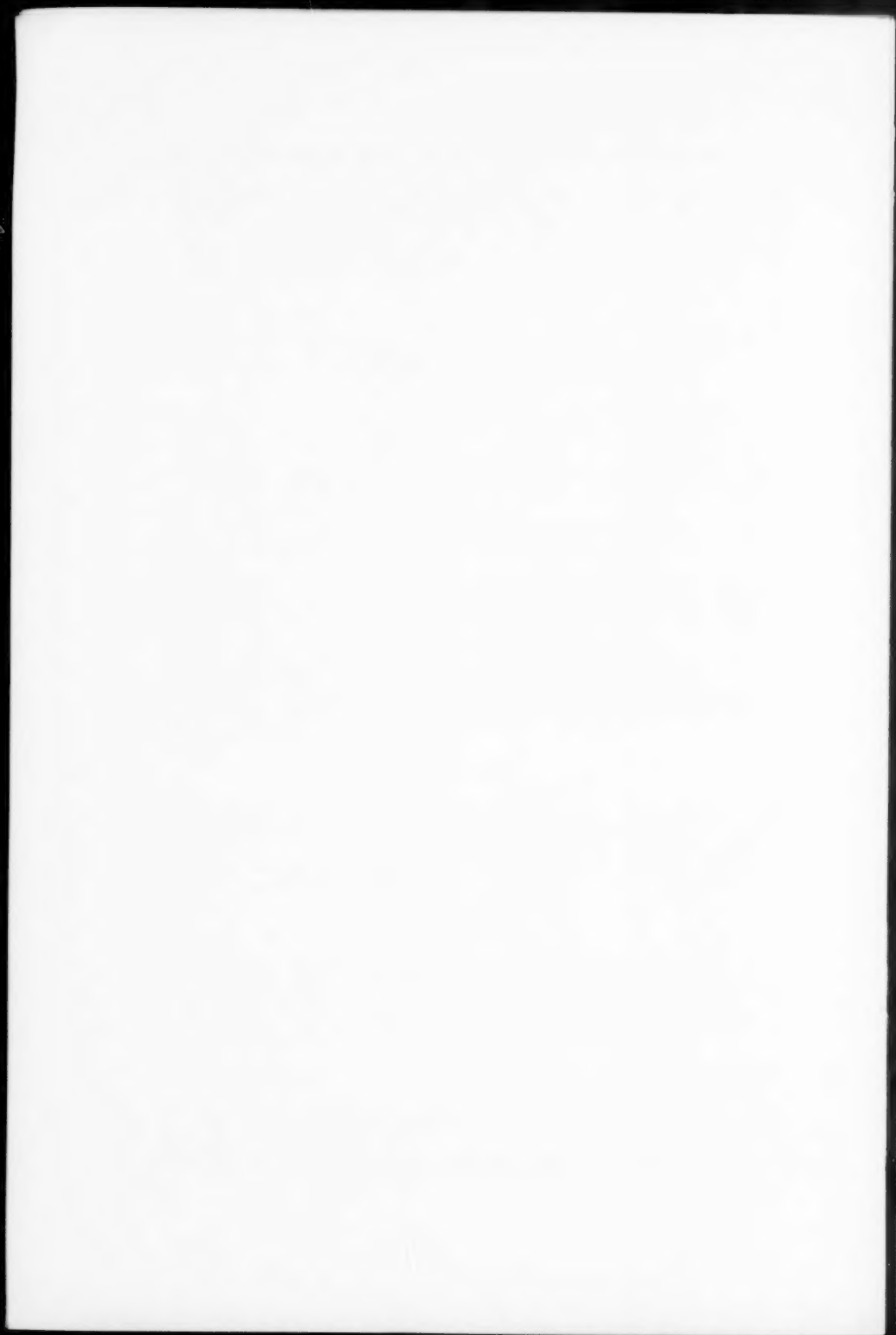
The erythrasma lesions show frequently a bright red fluorescence which helps in some instances the diagnosis of this mycosis. Nevertheless it can be absent in rare cases. When present it may be seen in the full extent of the lesion, or limited, continuously or interrupted, to the border. Sometimes it appears in patches or points inside the lesion. According to Degrez this fluorescence is due to a porphyrine.

CITAÇÕES

1 — Gougerot, H., e Duché, J. : Les trois teintes brune, brun-violacé, rouge de l'erythrasma a la lumière de Wood, Ann. dermat. et syph. 1(8º serie):277 (jul.-ag.), 1941.

2 — Michaelides P., e Shatin, H.: Erythrasma fluorescence under the Wood's light, A.M.A. Arch. Dermat. 65:614(maio).1952.

3 — Lewis, G.M., Hopper, M.E., Wilson, J.W., e Plunkett, O.A.: An introduction to medical mycology, Chicago, The Year Book Publishers, 1958, pg. 178.
4 — Lewis, G.M., e Hopper, M.E.: An introduction to medical mycology, Chicago, The Year Book Publishers, 1939, pg. 150.
5 — Padilha Gonçalves, A., e Mangeon, G.: Eritrasma multiplo e extenso não intertriginoso, Trabalhos da Soc. Portuguêsa de dermat. e venereol. 18:11(mar.), 1960.

Endereço do autor: rua México, 148, sala 904 (Rio de Janeiro).

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 25 de março de 1959

O Sr. Presidente dá votos de boas vindas aos presentes. Agradece a sua designação para tão honroso cargo e manifesta desejo de que a Sociedade possa engrandecer-se no corrente ano. Registra a presença do Dr. Augusto Salazar Leite, Professor do Instituto de Medicina Tropical, de Lisboa, e convida-o a tomar parte na Mesa.

É levado ao conhecimento do plenário o recebimento de cartas de agradecimento do Prof. Felix Sagher, da Hadassah Medical Organization de Jerusalém, pela sua eleição para membro correspondente da Sociedade, e do Dr. Bartolomé Vignale, do Uruguai, pela sua eleição para sócio honorário. Foram aprovadas as seguintes propostas: para sócio correspondente, do Dr. I. Katzenellen-Bogen, de Jerusalém; e para sócio efetivo, do Dr. José Serruya.

O Prof. Augusto Salazar Leite indaga quais as medidas que facilitariam a ida dos colegas brasileiros ao Congresso Ibero-Latino-Americano, a realizar-se, em maio do corrente ano, em Lisboa. O Sr. Presidente informa que a Sociedade recebeu convite para o referido Congresso e que a Diretoria anterior já havia tomado providências junto ao Sr. Presidente da República.

ORDEM DO DIA:

CERATODERMIA ICTIOSIFORME CONGÊNITA (ERITRODERMIA ICTIOSIFORME CONGÊNITA) — PROF. R. D. AZULAY e DR. JACOB D. AZULAY

A. F., de 18 anos de idade, pardo, solteiro, sem profissão, natural do Estado do Espírito Santo. Pai falecido em desastre. Mãe viva e sadia. Não há consangüinidade. Dois irmãos falecidos com a mesma doença (sic), sendo um do sexo feminino, com 6 meses, e um do sexo masculino. Refere ter um primo, de 22 anos, com a mesma doença. O paciente informa ter tido parotidite epidêmica e sarampo. Desde que nasceu tem a pele sêca e em constante descamação. Esteve em tratamento desde a infância, tomando Elixir de Inhame, carnaúba e vitaminas.

Descrição dermatológica — Face: intensa ceratose, em tôda a superfície, apresentando pequenos quadrados e losangos, divididos por longos sulcos, que cortam a face em todos os sentidos. Os pavilhões auriculares encontram-se como que fundidos no crâneo, em tôda a área de implantação, não havendo nítida individualização das diversas partes em que os mesmos se subdividem. Lábios vermelhos, apresentando pequenas áreas de descamação recente. As regiões superciliares estão ocupadas por crostas espêssas e aderentes. As bordas ciliares encontram-se aumentadas, em espessura, principalmente a inferior, com intensa hiperemia. Não são notados cílios na borda ciliar inferior. Na borda ciliar superior, os cílios encontram-se agregados por escamas interpostas entre os mesmos. O pescoço apresenta descamação farinácea, não sendo perceptível o desenho das escamas. Tronco: tôda a sua superfície apresenta descamação intensa, com quadriculado característico. A cicatriz umbilical está pràticamente fundida e tamponada por verdadeira rôlha córnea. Nos mamilos, intensamente apergaminhados, ocorre descamação constante. Membros superio-

res: nos braços, nota-se aspecto semelhante ao do tronco; nos antebraços, os desenhos e os sulcos apresentam-se mais exagerados. As mãos encontram-se semifletidas e nas regiões palmares há como que uma carapaça, impedindo a adução dos polegares. A intensa ceratodermia palmar põe em abdução os polegares, diminuindo as regiões tenares, que se fundem às hipotenares, com prejuízo da área palmar. A bôlsa escrotal apresenta-se eritematosa e exsudante (única área onde o paciente apresenta prurido). As dobras flexurais não estão poupadas, incluindo as axilas. Membros inferiores: as regiões flexurais, com intensa descamação, dividem as coxas das pernas, onde a dermatose é mais rica e exuberante, apresentando quadriculados que vão a alguns centímetros, divididos por longos sulcos. Nas regiões plantares, observa-se intensa ceratodermia, com profundas sulcaturas. As unhas dos pés apresentam onicogrifose.

Histologia (fragmento retirado da face externa do antebraço direito): hiperceratose, inclusive do único folículo piloso, existente no corte; a camada granulosa está presente e, em alguns pontos, discretamente espessada; não há paraceratose; os cones interpapilares apresentam-se irregularmente hipertrofiados; na parte mais superficial do corium há discretos focos inflamatórios, constituídos por pequenas e grandes células mononucleares, de preferência em tôrno de pequenos vasos, os quais se apresentam discretamente dilatados; as glândulas sebáceas, as sudoríparas e os filetes nervosos encontram-se normais; as fibras colágenas, elásticas e reticulares não mostram alterações.

O diagnóstico de ceratodermia ictiosiforme congênita (eritrodermia icitiosiforme congênita) baseou-se nos aspectos clínico e histopatológico.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Chama a atenção para o fator hereditário, uma vez que dois irmãos do doente nasceram com a forma grave, fatal, pròvàvelmente o "feto arlequim", que alguns consideram forma progressiva da mesma doença, quando o têrmo de Darier, "hiperqueratose ictiosiforme", teria completa aplicação. Lembra o emprêgo de vitamina B12 no tratamento.

Dr. L. Campos Mello — Refere o uso dos corticosteróides como elemento terapêutico, na doença em aprêço.

Prof. R. D. Azulay — Concorda com a eficiência dêsse tratamento, ressaltando, entretanto, que tem observado o regresso de todos os sintomas clínicos, quando a droga é suspensa. É de parecer que a doença pode curar-se espontâneamente.

Dr. Jarbas A. Porto — Indaga se há algum elemento de ordem histológica, além das modificações da camada granulosa, para diagnóstico diferencial entre a ictiose e a eritrodermia ictiosiforme. Baseado em vários exames histológicos a que procedeu, acha que a ausência da camada granulosa, na ictiose, não constitui, por si só, elemento de diferenciação.

CASO DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA SIMPLES — PROF. R. D. AZULAY e DR. JACOB D. AZULAY.

C. C. de O., masculino, branco, 1 ano e 8 meses de idade, natural de São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro. A doença atual manifestou-se, aos três dias de idade, por uma bôlha grande, situada no calcâneo esquerdo. Em seguida, surgiram outras bôlhas, freqüentemente, em tôdas as áreas do corpo, inclusive no couro cabeludo. Não há caso semelhante na família.

Exame dermatológico: situadas no tronco, nos quatro membros e na região plantar esquerda, encontram-se algumas lesões bolhosas, túrgidas, de conteúdo citrino umas e de conteúdo sangüinolento outras. Há, ainda, algumas áreas hipocrômicas residuais. Não há lesões de mucosa, nem formações císticas. Ausência de quaisquer distrofias. Mekalski negativo. A ingestão de iodeto de potássio não agravou a doença.

Exame histológico: presença de bôlha subepidérmica, com alguns elementos celulares sangüíneos presentes. Derme normal.

Diagnóstico: epidermólise bolhosa simples. Tendo em vista tratar-se de caso raro, por êsse motivo foi o mesmo apresentado à Sociedade.

COMENTÁRIOS:

Dr. Sylvio Fraga — Chama a atenção para dois casos que apresentou à Sociedade, em 1958, juntamente com o Prof. H. Portugal. Tratava-se, então, de casos de epidermólise bolhosa simples e distrófica. Lembra, também, a diferença entre o quadro histológico das duas formas: subepidérmica (epidermólise distrófica) e subcórnea (epidermólise simples).

Prof. R. D. Azulay — Referindo-se ao tratamento, informa haver empregado, durante algum tempo, o NAl, por via oral, observando, por vêzes, exacerbação das lesões bolhosas, com comprometimento do estado geral, traduzido por hipertermia, cefaléia, etc.

Dr. Jarbas A. Porto — Indaga se foi realizado estudo sôbre fibras elásticas.

Dr. Mario Rutowitsch — Externa a sua opinião sôbre a beleza e a simplicidade do caso apresentado.

COMEDON GIGANTE — PROF. R. D. AZULAY e DR. JACOB D. AZULAY

Os autores não forneceram resumo da observação.

COMENTÁRIOS:

Prof. F. E. Rabello — Manifesta a sua admiração pelo caso, afirmando não ter visto nada semelhante, em mais de 30 anos.

BALANO-POSTITE ESCLERO-ATROFICA (CASO TRATADO POR CORTICÓIDE) — PROF. R. D. AZULAY e DR. JOSÉ SERRUYA

Antônio F. (ficha 1.603, de 29-8-58, da Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina), de 66 anos, branco, casado, funcionário municipal, baiano. A doença teve início, há 8 anos, com o aparecimento de pequena bôlha, na borda do meato urinário, a qual foi rompida por um facultativo. Notou, posteriormente, a presença, nesse local, de mancha esbranquiçada. Mais tarde, surgiu-lhe lesão eritematosa, situada no nível do sulco bálano-prepucial. Foi submetido a vários tratamentos, sem obter resultados positivos.

Exame dermatológico: o meato se apresenta angustiado. Em tôrno dêle, e invadindo a face inferior da glande, observa-se lesão esclero-atrófica de tonalidade amarfinada. Essa área está aderente ao prepúcio, de modo a não permitir a exposição do sulco bálano-prepucial nesse ponto. O folheto interno do restante do prepúcio apresenta-se edemato-eritematoso e com duas áreas erosivas.

Exames complementares: sorologia negativa; histopatologia: o aspecto histológico foge ao clássico; observam-se, apenas, lesões que permitem o diagnóstico de balanite crônica.

Tratamento: Neo-cortef a 2.5%, de 29-8-58 a 24-1-59. Resultado: desaparecimento total dos fenômenos edêmato-eritematosos.

Apesar da ausência de aspecto histológico típico, achamos tratar-se, indubitàvelmente, de caso de bálano-postite esclero-atrófica. Chamamos a atenção para o resultado do bom tratamento, à base de corticóide tópico.

COMENTÁRIOS:

Prof. H. Portugal — Encontra certa discrepância entre o quadro clínico e o histopatológico. Julga que a biópsia não apanhou, muito bem, a lesão no seu ponto mais importante.

Dr. Jarbas A. Porto — Indaga se foi na área de esclerose que se procedeu à biópsia. Relata dois casos clínicos que davam a impressão de líquen esclero-atrófico. É de opinião que a parte vascular não é referida nos livros das fôrças armadas, escrito por Montgomery.

Dr. Glyne L. Rocha — Informa haver visto o caso há dois anos, tendo diagnosticado balanite esclero-atrófica. É de parecer, também, que a orientação imprimida ao corte, na biópsia, é de grande valor.

Dr. L. Campos Mello — Sugere nova biópsia, desta vez próxima ao meato, onde viu atresia, que é comumente verificada na balanite-esclero-atrófica. Acha, outrossim, que devem ser comparados os resultados histopatológicos.

Prof. R. D. Azulay — Informa que teve desejo de realizar novas biópsias, porém o doente não concordou. Além disso, o tratamento com corticoesteróides fêz desaparecerem as lesões.

QUERATOACANTOMA — DRS. E. DROLHE DA COSTA e GLYNE L. ROCHA

E. E., de 68 anos, branca, casada, doméstica, residente à Rua Garcia Filho, 83, no Distrito Federal. Refere que, há três meses, teve início lesão nodular, ulcerada, na asa do nariz, a qual foi aumentando de proporções, apesar do uso de remédios locais.

O exame dermatológico revelou a existência de lesão nodular, globosa, situada ao nível da asa esquerda do nariz, com área central de necrose, com crosta e ligeiramente pediculada; na base do pedículo, observam-se tele-angiectasias e intenso eritema arroxeado numa espécie de base em anel.

Trata-se de paciente filha de espanhóis, de pele clara e olhos azuis. Nunca teve o hábito de ficar exposta ao sol por muito tempo. Apresenta intenso processo de elastose na face, no colo, no pescoço e nos antebraços; observam-se queratoses, cutis romboidalis e pele "fôfa" do colo. Ausência de manifestações subjetivas.

Ainda não foi realizada biópsia, pois deverá ser retirada tôda a lesão, a fim de que o aspecto histológico não se preste a dúvida.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Chama a atenção para o caso, que, outrora, era confundido com o epitelioma, baso e espinocelular. É de parecer que a lesão deve ser removida, inclusive com o pedículo, sugerindo que a mesma seja cortada ao meio, para o necessário exame histopatológico. Acha que a natureza da lesão obedece a processo infeccioso.

Dr. Mario Rutowitsch — Está de acôrdo com as considerações expostas. Aproveita a oportunidade para mencionar a casuística do seu Serviço (H.S.E.), onde foram observados mais de 10 casos de queratoacantoma.

PÊNFIGO AGUDO FEBRIL GRAVE — PROF. H. PORTUGAL e DR. NELSON MACHADO

Os autores não forneceram resumo da observação.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne L. Rocha — Informa ter visto o caso, há 20 dias, quando sugeriu o diagnóstico de penfigóide maligno de Lever. Hoje, entretanto, pensaria em doença de Dühring, considerando o prurido e a urticariação em volta da bôlha.

Dr. Jarbas A. Porto — De acôrdo com a evolução da doença (3 meses), acha que o caso é atípico. É favorável ao diagnóstico de pênfigo agudo grave.

Dr. L. Campos Mello — Refere ter visto 3 casos, no ano passado, de pênfigo maligno, sendo êste o quarto. Aplicou Cortone-terramicina, como terapêutica, tendo notado melhoras.

Prof. F. E. Rabello — Considera de valor a história clínica do doente. Considera, ainda, o diagnóstico difícil quando há bôlha e acantólise. Com referência ao caso em discussão, acha que o diagnóstico foi o melhor ou, pelo menos, o mais provável.

Dr. Sylvio Fraga — Lembra a Sulfapiridina como elemento terapêutico.

Prof. R. D. Azulay — Dá valor à evolução do caso, chamando a atenção para o quadro febril.

Prof. H. Portugal — Refere que, de início, se inclinara para o diagnóstico de dermatite de Dühring, tendo ulteriormente, ante a evolução, modificado para pênfigo agudo.

LIQUEN PLANO BOLHOSO — Dr. Jarbas A. Porto

O autor não forneceu resumo da observação.

Comentários:

Prof. F. E. Rabello — Declara já ter visto casos de líquen plano bolhoso sem influência terapêutica, no caso os arsenicais incriminados. Acha que não existe veículo entre as duas coisas. A bôlha deveria ser subepidérmica; em alguns casos, porém, é subcórnea.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Síndrome do Pterigio — Status de Bonnevie-Ultrich Bilateralis (apresentação de um caso operado). Octávio Freitas Vaz, Rubens Sanchez, Walter Hugo Sandall, João Barbosa, Leônidas Braga Dias e José Antônio Lopes. Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Est., 12:36(jan.),1960.

Considerações relativas à blastomicose sul-americana. Localizações, sintomas iniciais, vias de penetração e disseminação em 313 casos consecutivos. J. Machado Filho e J. Lisbôa Miranda. Hospital, Rio de Janeiro, 58:99 (jul.) 1960.

Emprêgo tópico de triclobisonium em dermatologia. Norberto Belliboni. Hospital, Rio de Janeiro, 57:67(jan.),1960.

Blastomicose sul-americana associada à moléstia de Hodgkin. Delmo Luiz Altério e Gildo del Negro. Hospital, Rio de Janeiro, 57:73(jan.),1960.

Testes alérgicos por electroforese. Lain Pontes de Carvalho. Hospital, Rio de Janeiro, 57:659(ab.),1960.

Experimentação da sulfadimetoxina em clínica dermatológica. Norberto Belliboni. Hospital, Rio de Janeiro, 57:773(abr.),1960.

Leishmaniose tegumentar difusa. H. Portugal e A. Pôrto Marques. Hospital, Rio de Janeiro, 57:813(maio),1960.

Ginecomastia e lepra (observação de um caso). Rubem D. Azulay e Mário Negreiros dos Anjos. Hospital, Rio de Janeiro, 57:877(maio),1960.

Melanose neuro-cutânea. Apresentação de um caso. M. Barretto Netto e Domingos de Paola. Hospital, Rio de Janeiro, 57:949(maio),1960.

A propósito de um caso de micose de Lutz de localização genital e de seu tratamento pela sulfametoxipiridazina. Ênio Candiota de Campos. Rev. da Ass. Médica do Rio Grande do Sul, 3:143(dez.),1959.

Ceratoacantoma gigante do nariz. Vinício de Arruda Zamith e A. James Brandt. Arq. Hosp. Santa Casa de S. Paulo, 6:45 (março-junho), 1960.

Análises

SINDROME DO PTERÍGIO — STATUS DE BONNEVIE-ULLRICH BILATERALIS (APRESENTAÇÃO DE CASO OPERADO). OCTÁVIO FREITAS VAZ, RUBENS SANCHES, WALTER HUGO SANDALL, JOÃO BARBOSA, LEÔNIDAS BRAGA DIAS e JOSÉ ANTÔNIO LOPES. *Bol. Cent. Est. Hosp. Serv. Est.*, 12:36 (jan), 1960.

Caso de síndrome do pterígio (status Bonnevie-Ullrich bilateralis) é descrito, tendo sido operado quando a criança tinha cinco meses de idade.

Estèticamente, o resultado foi bom. Houve regressão parcial e espontânea dos edemas linfangiectásicos que ocorreram, conforme fotografias realizadas nos terceiro e nono meses de idade.

Resumo dos autores

EMPRÊGO TÓPICO DE TRICLOBISONIUM EM DERMATOLOGIA. NORBERTO BELLIBONI. *Hospital*, Rio de Janeiro, 57:67 (jan.), 1960.

O autor empregou creme de triclobisonium a 0.1% em 65 casos dermatológicos, na sua maioria portadores de afecções piogênicas primárias ou secundárias. Observaram cura ou melhora superior a 50% das lesões em 78.6% dos casos, alguma melhora em 13.8% e insucesso em 7.6% do total de pacientes observados. Um caso de sensibilização é registrado. Tratava-se de um paciente com dermatite infecciosa eczematóide com sensibilidade para várias pomadas. Não foi determinado se a sensibilização era devida ao triclobisonium ou ao veículo. A cura foi notável nos casos de impetigos, seguindo-se resultados altamente satisfatórios no extima e na dermatite eczematóide infecciosa. Em diversos casos houve bons resultados quando associaram triclobisonium à hidrocortisona local.

Conclui que a sua utilização na prática dermatológica é de valor, confirmando as observações de outros autores.

Resumo do autor

BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA ASSOCIADA À MOLÉSTIA DE HODGKIN. DELMO LUIZ ALTÉRIO e GILDO DEL NEGRO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 57:73 (jan.), 1960.

O problema da associação de micoses profundas com linfomas malignos parece transcender aos limites da simples coincidência. Têm sido descritos na literatura médica mundial, com relativa freqüência, casos dessa associação em relação a quase tôdas as micoses profundas conhecidas.

Em relação à blastomicose sul-americana tem sido também verificada, embora raramente, a coexistência dessa micose com a moléstia de Hodgkin. Os autores registram caso dessa associação, chamando a atenção para a importância prática do fato e lembrando que dêle depende, muita vez, o fracasso

da terapêutica sulfanilamídica, tida como específica contra aquela micose.

Além do registro do caso, os autores fazem revisão sumária da literatura sôbre a associação da blastomicose sul-americana com a moléstia de Hodgkin.

Resumo dos autores

CROMOBLASTOMICOSE (CHROMOBLASTOMYCOSIS). C. E. SONCK. *Acta dermato-venereol.*, 39:300, 1959.

São descritos 5 casos de cromomicose, 3 dos quais com mais de 30 anos de evolução, observados e adquiridos na Finlândia, tendo sido isolado, de 4 dêles, o *Hormodendrum Pedrosoi*.

A. Padilha Gonçalves

TEMPO DE CURA ESPONTÂNEA DO LÍQUEN RUBRO PLANO (SPONTANEOUS HEALING TIME IN LICHEN RUBER PLANUS). STIG HARD e PER HOLMBERG. *Acta dermato-venereol.*, 39:324, 1959.

Em 23 doentes, portadores de líquen plano, que em vez de tratamento receberam placebos, a cura espontânea variou de 5 meses a vários anos. A maioria curou em 1 ano, com o tempo médio de cêrca de 8 meses.

A. Padilha Gonçalves

SÔBRE A EPIDEMIOLOGIA DA TINHA DO COURO CABELUDO EM PORTUGAL (SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TEIGNE DU CUIR CHEVELU AU PORTUGAL). JUVENAL ESTEVES. *Ann. de dermat. et syph.*, 86:379(jul.-ag.),1959.

A tinha do couro cabeludo, em Portugal, é provocada pelo *Trichophyton violaceum* (60 a 70% dos casos), pelo *Microsporum canis*, pelo *Trichophyton tonsurans* e pelo *Trichophyton Schoenleini* (10% dos casos). A tinha tricofítica representa um problema epidemiológico e sanitário. O grau de suscetibilidade das crianças é, em média, 5 a 8%. Na sua maioria, os casos são curados após a puberdade. Há, porém, um número considerável, principalmente entre as mulheres, em que os casos perduram até a idade adulta, e, às vêzes, mesmo até a velhice, apresentando formas clínicas atenuadas, mais difíceis de serem descobertas. Freqüentemente acham-se associadas com onicomicose, e, em geral, são muito resistentes aos tratamentos. Parecem constituir o reservatório permanente da doença.

Resumo do autor

EMPREGO DOS TRANQUILIZADORES EM DERMATOLOGIA (USE OF TRANQUILIZERS IN DERMATOLOGY). WAYNE WRIGHT *J.A.MA.*, 171:1.647(21-nov.), 1959.

As drogas tranqüilizadoras não são de grande valor no tratamento de pacientes com doenças dermatológicas. O eczema numular é a única entidade específica definitivamente beneficiada pelas drogas frenotrópicas, sendo, em tais condições, preferido o cloridrato de hidroxizina. Os tranqüilizadores, como medicação coadjuvante, ajudaram a aliviar o prurido, a induzir ao sono e a permitir que a dosagem de esteróides seja reduzida. Têm sido encontradas muitas reações colaterais, devidas às drogas frenotrópicas, tanto dermatológicas como de outras espécies. Uma síndrome semelhante à pitiríase rósea, que não havia sido anteriormente relatada, manifestou-se em cinco pacientes. A oxanamida parece ser a droga preferida, principalmente pelas poucas complicações

encontradas e pela menor sonolência que produz, em comparação com outros tranqüilizadores.

Considerando o custo do tratamento com drogas frenotrópicas e os resultados obtidos em pacientes com doenças dermatológicas, o autor recomenda prova terapêutica com fenobarbital, antes do emprêgo de tranqüilizadores, no caso em que o chamado efeito tranqüilizador se torne necessário.

Resumo do autor

HEMORRAGIA SUBUNGUEAL EM LAVADORES DE PANELAS (SUBUNGUAL HEMMORRHAGES IN PAN WASHERS). PETER I. LONG JR. *J.A.M.A.*, 172:916 (27 fev.) 1960.

Quarenta voluntários foram submetidos a experiências planejadas para produzir hemorragias subungueais. Hemorragias dessa natureza foram produzidas com êxito, em pessoas postas sob condições semelhantes às dos lavadores de panelas. Clinicamente, as lesões encontradas foram do eritema à hemorragia, e, na fase aguda, tinham o aspecto de um hematoma traumático.

Nenhum agente etiológico específico foi identificado. Injeções de substâncias suspeitas, aplicadas subseqüentemente, não produziram hemorragias em um paciente. Dessas experiências resultaram seis casos de reação eczematóide das mãos, metade dos quais foram considerados graves.

Em conclusão, o autor aconselha que os lavadores de panelas usem luvas, compridas e impermeáveis, para impedir a acumulação de detergentes em contacto com a superfície da pele.

Resumo do autor

INFECÇÃO DE HÉRPES SIMPLES NO RECÉM-NASCIDO (HERPES SIMPLEX INFECTION IN THE NEW-BORN). IAN JACK e J. W. PERRY. *Med. J. Australia*. 46:640(out.),1959.

Os autores salientam o perigo da infecção de vírus de hérpes simples no período neonatal e o perigo da infecção secundária de eczema com os vírus de hérpes simples.

Resumo dos autores

GRANULOMA ANULAR E GRANULOMA DE MIESCHER. SÃO ASPECTOS DIFERENTES DO MESMO PADECIMENTO? COMENTÁRIOS A PROPÓSITO DE DOIS CASOS (GRANULOMA ANULAR Y GRANULOMA DE MIESCHER. SON ASPECTOS DIFERENTES DEL MISMO PADECIMIENTO? COMENTÁRIOS A PROPOSITO DE DOS CASOS). JOSÉ H. FRENKEN. *Dermatología*, Rev. Mexicana. 3:301 (dez.), 1959.

São estudados dois casos apresentando lesões de granuloma anular. O primeiro tinha lesões de localização atípica no dorso de ambas as mãos, nos joelhos e no antebraço esquerdo. Era uma diabética crônica e grande fumante. A biópsia demonstrou tratar-se de granuloma anular.

A segunda paciente tinha uma dermatose papulosa generalizada, cuja imagem histopatológica, em repetidas biópsias de diferentes lugares, revelou etapas de transição entre o granuloma anular e o granuloma crônico disciforme e progressivo de Miescher. Depois das biópsias, as lesões desapareceram em ambas as pacientes. O autor pensa que granuloma anular e granuloma de Miescher são diferentes estágios da mesma doença.

Resumo do autor

BIOLOGIA DAS TREPONEMATOSES (BIOLOGIA DES TREPONEMATOSES). THOMAS BOURNE TURNER e DAVID HOLLANDER. Organisation Mondiale de la Santé: série de monografias, 35:1957.

Em 1950, foi criado o Laboratório do Centro Internacional de Treponematoses, no Departamento de Microbiologia da Universidade John Hopkins, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e da Escola de Higiene, e Saúde Pública John Hoopkins. Graças aos estudos ali realizados, foram profundamente modificados os nossos conhecimentos sôbre as treponematoses e a evolução das doenças treponêmicas se revelou mais comparável, do que anteriormente se imaginava, à de outras infecções.

O trabalho compreende três partes. A primeira trata da biologia das infecções treponematosas e compreende capítulo sôbre a origem das cepas estudadas, sôbre a doença experimental em animais de laboratório, sôbre os fatôres que influenciam a evolução das treponematoses experimentais, sôbre as características dos treponemas *in vitro*, sôbre os fenômenos imunológicos e sôbre as reações dos treponemas aos medicamentos. A segunda contém estudo comparativo dos treponemas, discute os caracteres da doença experimental, provocada pelas diferentes cepas isoladas no mundo, e do parentesco antigênico entre as cepas de treponemas e de sua sensibilidade comparada à penicilina. A terceira parte contém, apenas, um capítulo, no qual são resumidas as conclusões apresentadas nas seções precedentes.

A monografia é completada com dois anexos. Os autores sugerem diferentes assuntos sôbre os quais conviria fôssem realizadas pesquisas, cujos resultados poderiam abrir a via de eliminação definitiva das treponematoses.

Ophelia Guimarães

Notícias

ATIVIDADES DO INSTITUTO DE DERMATO-VENEREOLOGIA EDUARDO RABELO, ANTIGO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL

1.º TRIMESTRE DE 1960

Dispensários:	*Janeiro*	*Fevereiro*	*Março*
Casos diagnosticados	462	502	542
Sífilis	110	135	133
Sífilis Primária	28	48	47
Sífilis Secundária	9	9	11
Outras formas	73	78	75
Gonorréia	253	252	270
Cancro venéreo	82	107	118
Linfogranuloma	16	8	20
Granuloma venéreo	1	—	1
Total de comparecimentos de doentes	1.970	2.253	2.377
Exames de 1.ª vez	781	895	948
Exames de laboratório realizados nos Dispensários	101	164	410
Injeções aplicadas	1.236	1.377	1.502
Hospital Eduardo Rabelo (C.T.R.)			
Pacientes hospitalizados	80	47	36
Altas	73	56	31
Exames de laboratório realizados no Hospital	—	—	—
Injeções aplicadas	778	731	594
Laboratório Central de Sorologia			
Reações sorológicas	2.910	2.573	3.206

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 35 (1960) — N.° 2 (junho)

TRABALHOS ORIGINAIS:

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio